



ENDOVIDEO 2.000 Ltda

Unidad Especializada en Salud Digestiva

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Código: FOR-MIS-PA7.1

Versión: 1

Página: Página 1 de 1

La endoscopia del esófago, estómago y duodeno es un procedimiento que permite observar el interior de su organismo desde la boca hasta el inicio del intestino y establecer si existe alguna enfermedad de estos órganos. En caso de encontrar alguna alteración o anomalía es posible tomar muestra para después examinarla al microscopio u otro examen para diagnóstico preciso, por ejemplo, saber si las lesiones son tumorales, benignas o malignas, inflamatorias, infecciones etc.

Este examen no es doloroso pero requiere de su colaboración, con lo cual se reduce el tiempo del examen y si usted desea podrá observar todo el examen en el monitor.

Con este examen rara vez puede aparecer complicaciones importantes como sangrado o perforaciones, menos de uno por cada 1.000 pacientes, por lo cual requiere transfusión o cirugía. En caso de que usted desee sedación pueden surgir complicaciones cardíacas o respiratorias imprevistas debidas a la medicación, especialmente en pacientes con enfermedades de estos órganos, por lo cual en tales casos no se prefiere la sedación, solo si es necesaria. Se utiliza oxígeno durante el examen (debe venir acompañado). Si alguna complicación sucede durante el examen, se le comunicará inmediatamente explicando la conducta a seguir, si después del examen presenta hemorragia o cualquier otra complicación deberá asistir a su médico o a un servidor de urgencias en forma inmediata e informar el examen que le fue practicado.

Este examen es voluntario y usted podrá negarse a que se le haga en cualquier momento antes del mismo o durante el, sin que esto ocasione algún perjuicio. Durante el mismo no se realizará ninguna maniobra brusca para evitarle molestias adicionales.

Si esta de acuerdo a la realización del procedimiento favor firmar la autorización.

YO _____ C.C. _____

Certifico que he sido informado acerca del motivo del examen, sus riesgos y complicaciones, que he entendido correctamente y las dudas e inquietudes fueron resueltas adecuadamente por lo cual autorizo que me practiquen el examen.

Con sedación NO () SI ()

En constancia firmo

Nombre del testigo _____

Firma del (a) paciente

Firma del testigo

Fecha ____ / ____ / ____

Profesional _____